



TITLE:

聴神経腫瘍と紛らわしい症状を呈する非腫瘍性橋角部病変

AUTHOR(S):

萬, 献沂

CITATION:

萬, 献沂. 聴神経腫瘍と紛らわしい症状を呈する非腫瘍性橋角部病変. 日本外科宝函 1958, 27(4): 956-963

ISSUE DATE:

1958-07-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206660>

RIGHT:

臨 床

聴神経腫瘍と紛らわしい症状を呈する非腫瘍性橋角部病変

京都大学医学部外科学教室第1講座 (指導：荒木千里教授)

萬 献 沂

〔原稿受付 昭和33年5月7日〕

**NON-TUMORAL LESIONS IN THE CEREBELLOPONTINE
ANGLE SIMULATING ACOUSTIC NEURINOMA**

by

HSIEN I WAN

From the 1st surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. CHISATO ARAKI)

In our clinic during the past twenty years from 1938 to 1957 we experienced seventeen patients, in which there were the cerebellopontine angle symptoms simulating acoustic neurinoma but no tumor was demonstrable at operation. In this type of the lesion, polyradiculoneuritis cranialis, arachnoiditis cisternae lateralis, arachnoidal cyst of the cisterna lateralis and cerebellopontine angle syndrome were included.

The percentage of these seventeen cases in relation to sixty-one cases of acoustic neurinoma verified histologically during the same period in our clinic was 27.9 per cent. The average age of the patient on admission was thirty years and ten months, this age being probably younger than that of acoustic neurinoma. The average time elapsing from the onset of symptoms to the operation was three years and eight months; the longest being thirteen years and the shortest four months. It is difficult to point out etiological factors in our cases except for some instances.

Hearing disturbance was the initial symptom in almost all our cases except for two in which the disease began with headache only. At the time of admission, difficulty in hearing and disturbance of the cerebellar function were the prominent and constant symptoms in every case. Of seventeen cases, thirteen (76.5%) were already deaf on the side of lesion. Tinnitus was present in twelve cases (70.6%). Headache in fifteen cases (88.2%), dizziness in twelve cases (70.6%), disturbance of the trigeminal nerve in ten cases (58.8%), facial palsy in twelve cases (70.6%), slight disturbance of the glossopharyngeal nerve in seven cases (41.2%), slight disturbance of the vagus nerve in five cases (29.4%), vomiting in nine cases (52.9%), papilledema in two cases (11.8%), increased intracranial pressure in four cases (23.5%) and

disturbance of the visual acuity in six cases (35.3%). Roentgenograms of the internal acoustic meatus were usually normal. The symptoms and signs of this type of lesion do not much differ from those caused by acoustic neurinoma, hence the differential diagnosis is quite difficult. The craniectomy should be carried out for correct diagnosis as well as for the treatment.

With regard to operative findings; arachnoidal cyst in the cerebellopontine angle in six cases, arachnoidal adhesion or thickening in nine cases, anomaly of the porus acusticus in one case, atrophy of the acoustic nerve in one case, atrophy of the other cranial nerves in one case and cerebellar atrophy in two cases were observed respectively. But in five cases there were no abnormalities.

Of these seventeen cases, twelve have shown more or less improvement since operation, two have died and three have not at all improved by surgical procedure.

緒 言

小脳橋角部に発生する腫瘍の中、最も頻発し、定型的橋角部症状を呈するのは聴神経 Neurinoma であるが、この外にも聴神経以外から出て橋角部を占める腫瘍等、橋角部腫瘍には幾つかの種類がある。即ち、Glioma, Meningioma, Cholesteatoma, Granuloma, Sarcoma, 転位癌、聴神経以外の脳神経 Neurinoma 等々が知られている。此等の腫瘍の大部分は時に術前臨床的に聴神経 Neurinoma と区別し難い症状を示すものが多いが、通常手術により橋角部を占拠する腫瘍を認め得るものである。

然るに聴神経 Neurinoma と紛らわしい橋角部症状と経過を示しながら、手術の結果では橋角部に腫瘍を認めない事がある。その際多くは橋角部の蜘蛛膜に、混濁、肥厚、軟膜との癒着、或は髄液の限局性通過障害に因る囊腫形成等を認め、古くより此れ等は橋角部蜘蛛膜炎として知られている。蜘蛛膜炎は1893年及び1897年に Quinke によつて始めて記載された Meningitis serosa (漿液性髄膜炎) や、1904年 Nonne によつて命名された Pseudotumor cerebri (脳偽腫瘍) の中に包含されており、その後多くの研究者によりその病理学的及び臨床的研究がなされ、一般に注目される様になった。

一方時には蜘蛛膜に変化を認めずに橋角部の神経根群が一側性或は両側性に麻痺する事があり、此れに対し荒木は1939年に多発性脳神経炎と仮称し、その後、多発性脳神経根炎と云う名称を与えた。そしてこの中には明らかに蜘蛛膜囊腫をつくつていて、蜘蛛膜炎に属するものもあるが、蜘蛛膜に変化のないものの方がむしろ多い様であると述べている。

之等聴神経 Neurinoma と酷似せる症状を呈し、しかも腫瘍のない症例、特に非腫瘍性の蜘蛛膜囊腫に就いては既に Horrax, Craig, Aubry and Ombrédanne 以来諸家の報告があり、他にも屢々経験されている、併しながら最近でも Nichols and Manganiello (1953), Bengochea and Blanco (1955) 及び館林 (1957) 等により稀有な症例として1例報告がなされる場合もある。吾々の教室では聴神経 Neurinoma と紛らわしい症状を呈する橋角部非腫瘍性症例で手術により確認されたものを1938年から1957年末迄(20年間)に17例経験しており、この機会に此等をまとめ、その症例の統計、原因と誘因、症候学的事項、手術所見、診断と鑑別診断及び処置等に就いて検討を加えた。

1 症 例

症例は17例あり、これは症候学的に聴神経 Neurinoma と紛らわしい橋角部症状を呈し、而も開頭手術にて腫瘍を認め得なかつたもののみで、其他に脳室造影、脳血管撮影その他の補助診断法で診断され、開頭術を施行せずに退院した為、非腫瘍性たることを確認出来なかつたものもあるが、これらは含まれない。又例えば小脳から発生し橋角部に突出した非蜘蛛膜性囊腫や、Basilar arachnoiditis の如く症状が橋角部症状に限定されず、従つて聴神経 Neurinoma よりは他の腫瘍を疑わしめたものも除外した。之等17例の吾々の教室に於ける確定診断名は

- (1) 多発性脳神経根炎
- (2) 側槽部蜘蛛膜炎
- (3) 側槽部蜘蛛膜囊腫
- (4) 橋角部症候群

の4種類がある。併しこの4種類の診断名は組織学的

第 1 表

診 断	症 例		年 令・ 性	入 院 時 診 断	初発症状			発 達 病 の 期 手 術 間	既 往 歴	転 帰
					聴 力 障 害	頭 痛	歩 行 障 害			
多 発 性 脳 神 経 根 炎	1	岩 尾	22 合	右聴神経腫瘍	+			2 年	右乳様突起炎 (18年前)	死 亡
	2	戸 田	53 合	右聴神経腫瘍	+	+		9 年	左肋膜炎 (34年前)	軽 快
	3	山 田	16 早	左聴神経腫瘍	+			3 年 半	膀胱炎 (6ヵ月前)	未 治
	4	田 中	8 合	両側聴神経根炎	+		+	4 ヲ 月	前夏期脳炎 (5ヵ月前)	未 治
	5	清 水	13 合	右脳脚部腫瘍	+	+		7 ヲ 月	全身性蕁麻疹 (8ヵ月前)	軽 快
	6	岸 本	31 早	左橋角部症候群	+	+		6 ヲ 月 半	な し	未 治
側 槽 部 蜘蛛網膜炎	7	土 田	32 合	両側聴神経腫瘍	+		+	4 ヲ 月	両側角膜炎 (28年前)	軽 快
	8	白 井	31 合	両側側槽部蜘蛛網膜炎		+		10 ヲ 月	梅 毒 (1年前)	軽 快
	9	咲 本	29 合	右聴神経腫瘍	+			9 年	パラチフス (24年前)	軽 快
	10	滝 浪	18 早	右蜘蛛網膜炎	+			13 年	マラリヤ (6年前)	軽 快
	11	浦 野	20 早	右蜘蛛網膜炎	+	+		5 年	先天性梅毒	軽 快
側 槽 部 蜘蛛網膜囊腫	12	中 村	33 早	左橋角部腫瘍		+		1 年	な し	軽 快
	13	東 口	18 合	右聴神経腫瘍	+			1 年 半	な し	死 亡
	14	岡 田	60 早	左聴神経腫瘍	+		+	12 年	子宮内膜炎 (37年前)	軽 快
	15	山 岡	37 合	右聴神経腫瘍	+			2 年	虫垂炎 (23年前)	軽 快
	16	服 部	55 早	右聴神経腫瘍	+	+		2 年	な し	軽 快
	*	広 上	48 合	左橋角部腫瘍	+			8 ヲ 月	脚 気 (28年前)	軽 快
* 橋角部症候群										

な明確な区別ではなく、主として手術所見から来る適宜な診断名である。例えば橋角部の脳神経根群が一側性或は両側性に麻痺して橋角部症状を示し、手術所見にて橋角部に認むべき変化がなく、蜘蛛網膜にも異常を認めない場合には問題なく多発性脳神経根炎に属するものとしているが、蜘蛛網膜に変化を認める場合でも、或は蜘蛛網膜囊腫を形成している例でも多発性脳神経根炎に属せしめている時もある。之はその橋角部症状が一次的に起つた蜘蛛網膜肥厚の器機的圧迫によるものか、或は蜘蛛網膜の肥厚を起したと同じ原因によつて脳神経根群が侵された為の症状かと云う考え方によつて異つて来るもので、吾々の教室では後者の見方をとつて、かかる場合にも多発性脳神経根炎と診断している為である。之等17例は第1表に示す如く便宜上病史記載のままの診断名に従つて分類したが、次に述べる症候学的事項や手術所見で分る様に互に類似点が多く、之等を一つの疾患グループとしてまとめる事が出来ると考へる。

これ等手術により非腫瘍性である事を確認した17例

は、同期間の組織学的に確認出来た聴神経Neurinoma 61例に対し27.9%の率となる。併しながら橋角部症状を呈し、諸種補助診断法により非腫瘍性である事を知り、開頭術を受けずに退院した例が相当あるので、實際的には率はもつと高いと見てよい。聴神経 Neurinoma に対する割合についての発表は文献に殆んど見当らず、1949年に堺が聴神経 Neurinoma 10例に対して橋角部蜘蛛網膜囊腫3例を経験したと発表しているが、此れは30%に当り、大体吾々の率と同じ程度である。

男女別は男10例に対し女7例で、吾々の教室の聴神経 Neurinoma の男女別が男21例に対し女40例となっているのに較べるとあまり男女別はない様である。発症年令は最年少者8才、最高年者60才で平均30才10ヵ月となり、吾々の教室の同期間の聴神経 Neurinoma 患者の平均年令36才2ヵ月や Cushing and Bailey, Dandy, 堺等の聴神経 Neurinoma 患者の統計に比し若い様である。患側は右側9例、左側5例、両側性3例となり、右側が多少多いかも知れない。

第 2 表

症 例 番 号	入 院 時 症 状																手 術 所 見					
	耳 鳴	難 聴	頭 痛	眩 暈	Ⅲ Ⅳ Ⅵ 神經障害	(眼 振)	三 叉 神經障害	(角膜反射消失)	顔 面 神 經 障害	舌 咽 神 經 障害	迷 走 神 經 障害	小 腦 症 状	嘔 吐	鬱 血 乳 頭	視 力 障 害	脳 圧 亢 進	小 腦 萎 縮	蜘蛛 膜 異 常	蜘蛛 膜 囊 腫	聴 神 經 萎 縮	脳 神 經 根 群 萎 縮	内 耳 孔 異 常
1	+	⊕	-	-	-	+	+	↓	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
2	+	⊕	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-
3	+	⊕	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	⊕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	+	+	+	-	-	+	↓	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-
6	+	⊕	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
7	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-
8	+	⊕	+	+	-	-	+	↓	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	+
9	+	⊕	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-
10	-	⊕	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
11	+	⊕	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-
12	-	+	+	-	+	-	+	↓	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-
13	+	⊕	+	+	-	-	+	↓	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-
14	+	⊕	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-
15	-	⊕	+	+	+	+	+	↓	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+	-	-
16	-	⊕	+	+	-	+	+	↓	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-
17	+	+	+	+	-	+	+	↓	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-

註 ⊕：聾 ↓：低下

2 原因及び誘因

橋角部非腫瘍性病変(多発性脳神経根炎, 蜘蛛膜炎)の原因又は誘因に就いては現在なお定説はないが, 従来の諸説をまとめると次の様なものがある。

a) 隣接部位の炎症の波及によるもの

脳炎, 内耳炎, 中耳炎, 乳様突起炎, 慢性副鼻腔炎, 扁桃腺炎等から連続的に, 或は血行や脳神経周囲リンパ腔を介して細菌や毒素が侵入する場合で, Horrax その他多くの人々によつて認められている。

b) 遠隔性炎症或は全身伝染性疾患に由来するもの
チフス, 発疹チフス, インフルエンザ, 猩紅熱等の急性伝染病や結核, 梅毒, マラリヤ, リウマチス等の慢性伝染病, 更に淋病, 虫垂炎その他の局所性化膿性疾患等も多くの人によつて重要視されている。Horrax は蜘蛛膜炎患者28例の中, インフルエンザや流行性脳炎の大流行のあつた翌1920年に発症

したのが12例もあつたと述べている。

c) 頭部外傷に続発するもの

頭部外傷により骨折や蜘蛛膜下腔出血のある場合は勿論の事, 単純な頭部外傷や化膿性挫傷を伴つた場合にも一定期間の後に発症する事があると云われる。Thompson や Nichols はかかる症例を記載している。

d) 幼少年者の脳先天性畸形によつて来るもの

e) アレルギー説

井街, 赤松, 甲斐, 岩佐は実験的に動物の蜘蛛膜にアレルギー性変化をおこしこの説を唱導している。又前川もこの説を支持しているが, 頼島は懐疑的である。

f) 原因不明のもの, その他

1909年に Spiller が病因不明であると述べているが, 全く原因の分らぬ場合が少くない。その他栄養失調症(天野)やメタノール中毒, 薬品中毒も原因となり得ると云われる。

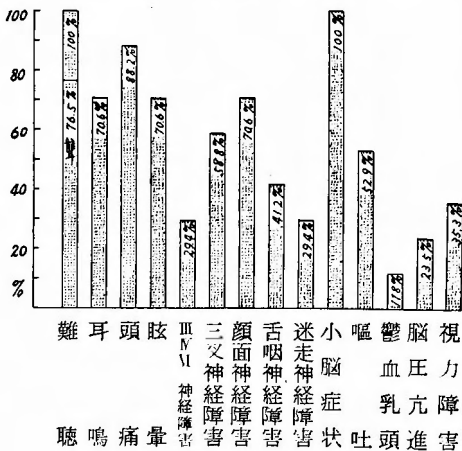
以上従来の諸説を概略述べたが、吾々の症例に就いてその既往歴を見るに、局所性又は遠隔性炎症或いは全身伝染性疾患を有するものが11例あり、6例は記載がない。記載のない6例も詳細に調べれば或は何らかの既往歴を有する可能性もあろう。いづれにしても約2/3の症例にて化膿性或は全身伝染性疾患を有して居り、逆に頭部外傷の既往歴を有するのが1例もない事は注目に値する。果して此等既往歴がすべて原因又は誘因であり得たかどうかは決定的判断材料がないので疑問は残る。殊に第1表に見る様に既往歴疾患以後蜘蛛網膜炎発病迄の期間があまりに離れ過ぎているものもあり、その間の10~20年間は全く無症状であり得るものかどうか疑問な点の一つである。症例4の夏期脳炎、症例5の全身性蕁麻疹、症例8の梅毒、症例11の先天性梅毒等は原因たり得ると考えられるが、いづれにしても判然たる病因を決定する事は困難である。

3 症 候

発病より手術迄の期間は最短4ヵ月、最長13年で平均3年8ヵ月である。初発症状としては2例の例外はあるが殆んどすべての例にて Neurinoma の場合と同じく聴力障害である。そしてその中の5例に於いて聴力障害に伴つて頭痛も初発症状として現われた。頭痛のみをもつて始まつたのが2例、歩行障害単独に初発したものはないが聴力障害に伴つて発症したのが3例あつた。蜘蛛網膜炎の際には聴力障害に先行して、顔面神経障害、複視、小脳症状が現われると堺は述べているが、吾々はかかる傾向を認めなかつた。

次に各症候の出現率を見ると(第2表、第3表)難

第3表 非腫瘍性橋角部病変の各症候出現率



聴は全例に出現しており、且13例(76.5%)にて入院時既に患側の聾を証明している。術後聴力障害の改善を見たものは殆んどないが、これは聾が多かつたことと関連があるものと思われる。耳鳴は12例(70.6%)に認められた。頭痛は2例の例外を除いて出現しており(88.2%)、その中の半数である8例が後頭部痛を訴えて一番多く、2例が側頭部痛、5例が部位の記載不明であつた。聴神経 Neurinoma は蝸牛神経部分からでなく前庭神経部分から発するもので、従つて Neurinoma では眩暈が著明であると云われるが、非腫瘍性である本症例の場合にはフラフラする軽いめまい程度の者が多く、本当の眩暈、即ち自体又は周囲のグルグル回転する眩暈は殆んどない様である。軽度の眩暈は12例(70.6%)に認められた。Ⅲ,Ⅳ,Ⅵ 脳神経障害としては複視の程度から斜視に至る迄(先天性のものは除外)の種々の程度の眼球運動麻痺を認めたのが5例(29.4%)あり、水平眼球振盪を認めたのが7例で、相対的にⅢ,Ⅳ,Ⅵ 脳神経障害は少ない。三叉神経障害は10例(58.8%)に陽性であるが殆んどすべて知覚枝障害であつて運動枝麻痺は少なく、あつても軽度である。又知覚枝麻痺の中で角膜の知覚減退乃至消失は例外なく証明された。顔面神経障害は不全麻痺から完全麻痺に至る迄12例(70.6%)に陽性である。舌咽神経障害は7例(41.2%)、迷走神経障害は5例(29.4%)に認められたが、いづれも軽度麻痺が多い様である。小脳症状が難聴と同様に全例共認められたのは注目に値する。体平衡に関する失調のみ障害されているのが約半数で、残り半数では平衡以外の失調も認められた。嘔吐は9例(52.9%)に陽性であるが頑固な頻回のものではない。聾血乳頭は2例(11.8%)のみで軽度のものが他に3例あり、脳圧亢進4例(23.5%)、視力障害6例(35.3%)が認められた。そして聾血乳頭が認められる時には脳圧亢進も証明されるが、視力障害と脳圧亢進の間には関連はない様である。

以上各症候の出現率を述べて来たが、Neurinoma の際に Cushing が云う様に各症候が Chronologic に順を追つて出現する症例もあるが、多くは順序正しく出現しない場合が多い様である。殊に歩行障害等の小脳症状が割と早期に出る様で、又症候が出そろわない症例も認められる。各症候が出そろつているのに脳圧亢進症状の欠如している例もあつた。しかし Dandy の Neurinoma 症例では Chronologic に順を追わないのが2/3もあつたと云うし、患者の記憶違いや陳述の順序が必ずしも正確とは云えないので、これのみで

Neurinoma との鑑別診断の決め手にはならないと考える。

Stenvers 法, Towne 法で内耳孔や錐体部の X線撮影を施行したのは僅か 3 例のみで、著明な内耳孔拡大乃至破壊を証明した例はなかつた。

4 手術所見及び手術処置

患側には全例共腫瘍を認めず、橋角部に蜘蛛膜嚢腫を認めたもの 6 例で、菲薄な嚢腫壁を通じて灰青色に見え、内容は淡黄色の透明液である事が多い。嚢腫は多房性のもあれば、単房性のもある。蜘蛛膜肥厚、混濁、癒着の何れかを認めたのが 9 例あり、内耳孔異常を認めたのは僅か 1 例のみである。この例は畸形とも云うべきで、顔面神経と聴神経とが夫々別々の孔から出ているのが見られた。聴神経萎縮を認めたのが 1 例、軽度萎縮している様に思えるのが 2 例、他の脳神経根群の萎縮が 1 例、小脳萎縮が 2 例それぞれ認められた。以上の外、手術所見にて殆ど異常を認めなかつたものが 5 例(29.4%)もあつた。

手術処置は原則として癒着のある場合はこれを剝離し、蜘蛛膜嚢腫のある場合は嚢腫壁をピンセットで破り、壁切除可能な部分を切除して後、他に異常がない事、且出血なき事を確めて橋角部手術野を生理的食塩水で洗滌するのが通例である。開頭手術で橋角部を露出する事に就いて荒木は蜘蛛膜炎の軽度なもの単に露出、空気に曝らすのみで良好な転帰をとる事があると述べている。事実転帰の所に述べる様に手術、露出によつて大多数の例にて症状が改善されている。ただ聴力障害だけは改善される見込みは非常に少い。尚、聴神経 Neurinoma 等の真性腫瘍の上に、往々にして蜘蛛膜嚢腫を合併して来る事があり、更に真性腫瘍が嚢腫化する場合もあり得るので、惑わされぬ様注意すべきである。

5 診断及び鑑別診断

非腫瘍性橋角部病変は聴神経 Neurinoma と症状が酷似していて両者の鑑別診断は困難な場合が多い。Craig は橋角部の localized cystic arachnoiditis は真性腫瘍とあまりに症状や徴候が完全に似ているので、その鑑別診断は不可能であるとさえ断言している。

症候の出現順序が、非腫瘍性の場合には、Neurinoma に見る如く聴力障害、頭痛、眩暈、三叉神経障害或は顔面神経障害、舌咽神経障害、迷走神経障害、脳圧上昇、小脳症状、鬱血乳頭、視力低下と大体

Chronologic に順を追うて出現する事はないと述べる人もあるが、これも一概に云えず、神経障害の順序や組合せは Neurinoma とて決して同一でなく、又症候も進行性ばかりとは限らない様であり、他方又非腫瘍性の場合でも順を追うて出現する例もある。聴力障害に就いて見ても吾々の例では殆んど陽性であり、且つ聾にまで至るのが 76.5%も認められ、又 Neurinoma の場合にも稀に聴覚が永い間残存する例もあると云われており、この点でも殆ど Neurinoma と区別が出来ない様である。吾々の例にては鬱血乳頭、視力障害、脳圧亢進等の症状が割合少ないが、Neurinoma の場合でも割と早期に属する例では此等の症状が出ない事もあるから、発病からの経過期間を考慮して判断せねばならない。脳室造影や脳血管撮影、側頭骨錐体撮影(例えば Stenvers 法, Towne 法)等は大いに役に立つが、決定的なものではなく却つて誤診のもとになる事もある。

とにかく比較的容易に鑑別診断出来るものもあるが逆に完全に真性腫瘍と症候を一にして全く区別の不可能なものが少からず存するので、小数の症候のみをもつて判断すると鑑別を誤り易い。併し聴神経以外の脳神経群が侵されていたり、或は小脳症状が早期に現われたり、神経の障害は全部出そろつているのに脳圧上昇の症状がないとか、症状がちぐはぐの場合には(例えば吾々の第 4 例, 第 10 例, 第 11 例)非腫瘍性の疑いが濃いと見てよい。又辻村は蜘蛛膜病変、その他炎症を基礎とする病変は必ずしも一局部に局限するとは限らず、むしろ近接部又は遠隔部位にも、或は一様に慢性に脳表にも散在し得る為、症状とはかく多様性であり、これが鑑別の一つの要点であると述べている。又観察期間を相当長くかつ注意して観れば真性腫瘍でないと言う特徴が発見されうると述べる人もいる。

いづれにしても症候も経過も酷似している場合、聴神経 Neurinoma の疑いとして手術するのが最も確実である。実際問題として同じ橋角部に達する手術処置であり、露出、空気に曝らす事により蜘蛛膜炎の軽度の場合は良好な転帰をとる事が多いから、治療的な意味でも不都合は殆どないと考え。前述の様に真性腫瘍でもその附近に蜘蛛膜炎を合併し易いものであるから、生前蜘蛛膜炎と診断された患者が後に死亡し、剖検にて始めて真性脳腫瘍と判明する事があると Horrax は述べているが、吾々も最初開頭術所見で多発性脳神経根炎と診断し、程なく Ponsglioma の

疑いで再入院，剖検で脳橋の Astrocytoma と確認した例を経験している。

6 治療及び転帰

聴神経 Neurinoma 以外の病変で橋角部症候を呈する症例の中 Neurinoma から鑑別出来るものも少数例あるが，殆ど臨牀的に区別出来ない事が多いので，吾々は原則として開頭術を行うことにしている。結果は軽快12例(70.6)%，未治3例，死亡2例となつている。死亡のうちの1例は化膿性脳膜炎，他の1例は術後出血の爲であつた。手術に就いては時期を考える必要があり，炎症旺盛期に開頭手術を行い蜘蛛膜癒着を剝離しても炎症は消褪する事なく，再び癒着をおこすという人がある(井街，浅山)。

開頭手術以外に腰椎穿刺により空気，酸素，窒素等のガス体を注入したり，ビタミンB₁，C，スブラーゼ等の薬剤を注入する事やバンピングをすすめる人も多い(榊原，坂井，前川)。即ち治癒機転として注入気体が液圧の変動により癒着部で圧縮膨脹を繰返し，単なる浮力のもつ力以上の機械的剝離作用や囊腫の破壊作用を発揮し，それによる脳脊髄液灌流の正常化と，他方空気そのものの及ぼす刺激により神経細胞が活動化されるものであろうと述べている。ただ橋角部腫瘍に限らず天幕下腫瘍の疑いがある症例では，腰椎穿刺は時に呼吸麻痺の危険があるから，余程慎重であるべきと考える。

結 語

聴神経 Neurinoma と紛らわしい橋角部症状を呈し開頭術により非腫瘍性である事を証明し得た症例(多発性脳神経根炎，蜘蛛膜炎，蜘蛛膜囊腫，橋角部症候群)が1957年末迄の20年間に京大外科第1講座にて17例認められた。之等症例の頻度，原因と誘因，症候学的事項，手術所見と手術処置，診断と鑑別診断，治療と転帰等に就いて検討を加えた。

参 考 文 献

- 1) Bengochea, F. G. and Blanco, F. L.: Arachnoidal Cysts of the Cerebellopontine Angle. J. Neurosurg., **12**, 66, 1955.
- 2) Craig, W. Mck.: Chronic Cystic Arachnoiditis. Amer. J. Surg., **17**, 384, 1932.
- 3) Horrax, G.: Generalized Cisternal Arachnoiditis Simulating Cerebellar Tumor; Its surgical Treatment and End-Results. Arch. Surg., **9**, 95, 1924.
- 4) Kaplan, A.: Pia-Arachnoid Cyst of the Posterior Fossa. Report of Two Cases. J. Nerv. Ment. Dis., **108**, 435, 1948.
- 5) Nichols, P. and Manganiello, L. O. J.: Traumatic Arachnoidal Cyst Simulating Acoustic Neurinoma. J. Neurosurg., **10**, 538, 1953.
- 6) Nonne, M.: Ueber Fälle von Symptomenkomplex Tumor cerebri mit Ausgang in Heilung (Pseudotumor cerebri). Dtsch. Zschr. Nervenheilk., **27**, 169, 1904.
- 7) Oppenheim, H. and Krause, F.: Ueber erfolgreiche Operationen bei Meningitis spinalis chronica serofibrosa circumscripta. Mitt. a. d. Grenzgebiet d. Med. u. chir., **27**, 545, 1914.
- 8) Revilla, A. G.: Differential Diagnosis of Tumors at the Cerebellopontine Recess. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, **83**, 187, 1948.
- 9) Taketomo, T.: Statistical Studies on Cerebellopontine Angle Tumors. Folia Psych. et Neurolo. Japon., Suppl. **4**, 57, 1956.
- 10) Tatebayashi, K.: Arachnoidal Cyst Simulating Acoustic Neurinoma. Arch. Jap. Chir., **26**, 312, 1957.
- 11) Trowbridge, W. V. and French, J. D.: Benign Arachnoid Cysts of the Posterior Fossa. J. Neurosurg., **9**, 398, 1952.
- 12) 赤松二郎：最新ツベルクリンの家兎大槽内注入による視神経交叉部附近蜘蛛膜及び視神経のアレルギー性変化に就いて。脳と神経，**1**, 252, 1949.
- 13) 荒木千里：外科的髄膜炎いろいろ。現代医学，**2**, 89, 1952.
- 14) 荒木千里：蜘蛛膜囊腫を併える聴神経ノイリノーム。日外宝，**16**, 643, 1936.
- 15) 生井浩，光野季雄：視束交叉部蜘蛛膜囊腫に就いて。脳と神経，**1**, 259, 1949.
- 16) 今井敏彦：von Recklinghausen 病と聴神経 Neurinoma，前頭葉 Meningioma とが合併せる1例。（日本外科宝函に近く発表予定）。
- 17) 井街謙・井街静代：所謂視神経交叉部蜘蛛膜炎の臨床と病理に就いて。脳と神経，**1**, 247, 1949.
- 18) 岩片勉：小脳橋角腫瘍症状を呈せる蜘蛛膜炎の1例。東京医事新誌，**69**, 377, 1952.
- 19) 岩佐基正：蜘蛛膜癒着Allergie成因に関する実験的研究。脳と神経，**3**, 179, 1951.
- 20) 前川孫二郎：限局性蜘蛛膜炎に就いて。日本臨床，**5**, 565, 1947.
- 21) 中島竜雄：5例の所謂仮性脳腫瘍の臨床症状並にその治療に就いて。脳と神経，**3**, 179, 1951.
- 22) 中田瑞穂：臨床脳腫瘍講座。脳神経領域，**5**, 43, 1952.
- 23) 中田瑞穂：脳腫瘍総論。神経研究の進歩，**2**, 191, 1957.
- 24) 中田瑞穂：脳腫瘍。南山堂，1950.
- 25) 坂井邦典・惣路照通・坂下昇：岡山大学第一外科教室の最近5ヵ年間に於ける脳及び脊髄蜘蛛膜炎の統計的観察。第一編。治療，**36**, 1236, 1954. 第二編。治療，**37**, 950, 1955.
- 26) 堺哲郎：聴神経 Neurinoma の外科。脳と神経，**1**, 383, 1949.
- 27) 榊原宏：いわゆる蜘蛛膜炎に対する蜘蛛膜下腔空気注入療法。外科，**12**, 463, 1950.
- 28) 榊原宏・井上圭爾：蜘蛛膜下腔空気注入療法の成績並にその作用機転に就いて。脳と神経，**4**, 31, 1952.
- 29) 竹友隆雄：小脳橋角腫瘍の臨床統計。第15回脳神経外科

学会演説, 1956年10月. 30) 辻村敬蔵: 脳偽腫瘍に関する臨床的研究. 脳と神経, **4**, 28, 1952. 31) 頼島元: 所謂蜘蛛膜炎(頭蓋腔内)の成立機序に関する実験的研究. 日本外科宝函, **22**, 625, 1953. 32) 渡

辺三喜男: 諸種頭蓋内疾患に於ける蜘蛛膜炎の組織学的変化及びそれより見たる視束交叉部蜘蛛膜炎. 日本外科学会雑誌, **51**, 59, 1950.